



## Das G-DRG-System 2019

### G-DRG und PEPP-Entgelt-Systementwicklung aus medizinischer Sicht

*Düsseldorf, 12. November 2018*

**Dr. N. Schlottmann  
Geschäftsführerin Dezernat Medizin I  
Deutsche Krankenhausgesellschaft**

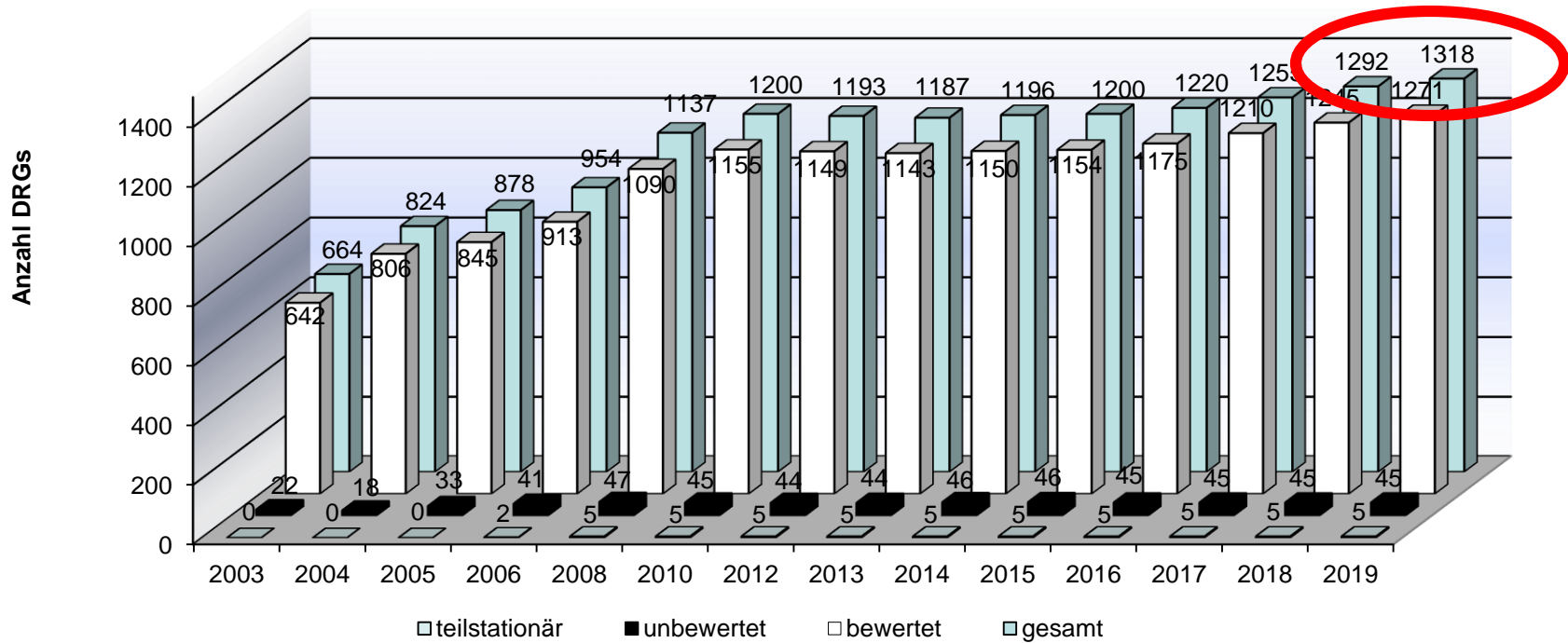
- 
- G-DRG-System 2019
  - Deutsche Kodierrichtlinien 2019
  - PEPP 2019
  - Deutsche Kodierrichtlinien-Psych 2019
  - **Medizinische Klassifikationen**
  - **Überregulierung und Misstrauensbürokratie**

## Relevante Änderungen

- Zahlreiche Maßnahmen zur besseren Abbildung von Leistungen bei Kindern (z.B. 313 (+29) reine Kinder-DRG, + 5 ZE mit Kinderdosisklassen) und von Extremkostenfällen
- Zahlreiche Detailänderungen, die der besseren Abbildung unterschiedlicher Fallgruppen dienen
- Enorme Erweiterung der „*Globalen Funktionen*“ durch 16 neue oder abgeleitete „*Komplizierende Konstellationen*“ und 6 Neuaufnahmen weiterer Funktionen (27 auf 49 Globale Funktionen), Extremkostenbezug, Trennung unterschiedlich aufwendiger Prozeduren, DRG-bezogene Globale Funktionen
- Umfassende Überarbeitung der MDC 24 *Sonstige DRGs*, bei der insbesondere weniger aufwendige Fälle trotz abweichender Hauptdiagnosen in Organ-MDC verschoben werden. Ungewöhnlich aufwendige Fälle verbleiben in *Sonstigen DRGs* (VWD-orientiert)
- U. v. m.

# DRG-Fallgruppen im Verlauf

2017	2018	2019
+ 35	+37	+ 26, -2 Basis-DRG

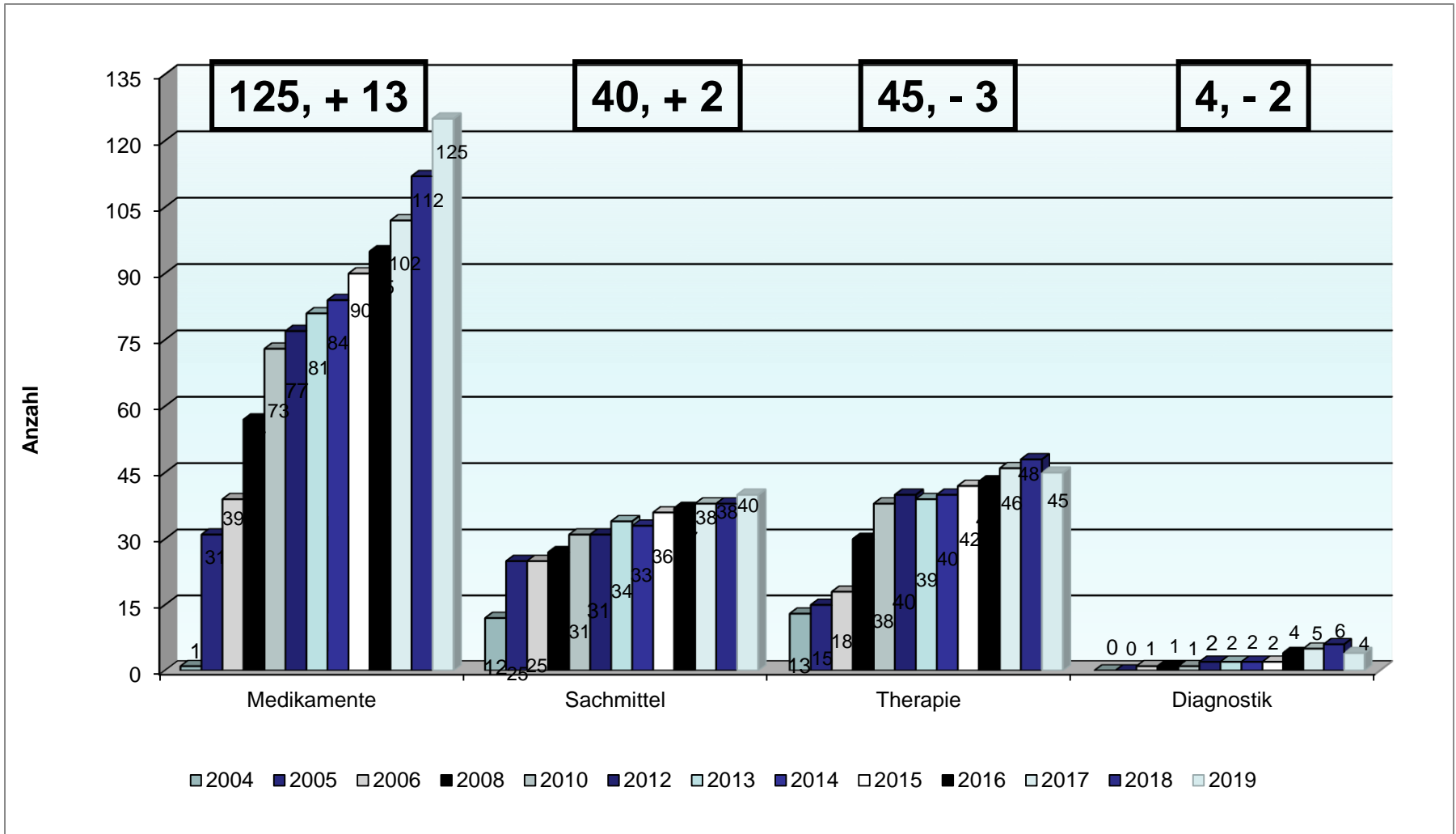




# Spannweite Bewertungsrelationen

DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT

	2003	2004	2005	2006	2008	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Minimale Bewertungsrelation	0,122	0,113	0,118	0,117	0,111	0,130	0,141	0,145	0,135	0,123	0,141	0,151	0,205	0,210
Maximale Bewertungsrelation	29,709	48,272	57,633	65,700	68,986	73,763	65,338	62,477	64,137	65,943	68,208	61,787	71,528	71,598
Spannweite	29,587	48,159	57,515	65,583	68,875	73,633	65,197	62,332	64,002	65,820	68,067	61,636	71,323	71,388
Änderung absolut zum Vorjahr		18,572	9,356	8,068	4,082	-4,722	-7,589	-2,865	+1,670	+1,818	+2,247	-6,431	+9,687	+0,065
Änderung relativ zum Vorjahr		63%	19%	14%	6%	-6%	-10%	-4%	+3%	+3%	+3%	-9%	+16%	+0,1%





# Pflegebedürftigkeit

DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT

Bezeichnung	2019/2018	Entgelt 2019/2018 (€)
<b>Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten</b> (DRG-Tabelle 1, in Anhang 1 des Fallpauschlenkataloges)	ZE162	106,06, (107,14), <b>-1,08</b>
<b>Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten</b> (DRG-Tabelle 2, in Anhang 1 des Fallpauschalenkataloges)	ZE163	228,59 (219,56), <b>+9,03</b>
Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI und Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI		
9-984.8 Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 3		
9-984.9 Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4		
9-984.a Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 5		

**Voraussetzungen:**

1. Mind. 5 Tage VWD
2. i.V.m DRG aus Tab.1 bzw. 2

**Aktualisierte DRG-Listen**

## Zahlreiche Probleme i. V. m. der Übermittlung der Pflegegrade in 2018, z.B.

- Initiale Verweigerung der Pflegegradübermittlung durch zahlreiche Krankenkassen wg. mangelnder Rechtsgrundlage
- Verweigerung Pflegegradübermittlung bei sich änderndem Pflegegrad
- Datumsangabe bei sich änderndem Pflegegrad
- Anrechnung Pflage tage mit bestimmten Pflegegrad

## Gesetzgeber hat Thema aufgegriffen

- Krankenkassen haben Krankenhäusern Pflegegrade unverzüglich (sobald Aufnahmeanzeige) zu übermitteln
- Übermittlung auch für sich ändernde Pflegegrade und beantragte Pflegegrade während stationärem Aufenthalt.
- Elektronische Datenübertragung
- Höchster Pflegegrad zu kodieren (OPS)
- Aufnahmedatum (301er Vereinbarung)





# CCL-Matrix 2019

DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Anzahl untersuchter Diagnosen</b>	ca. 350	ca. 450	ca. 1.000	ca. 200	ca. 450	ca. 330	ca. 1010	ca. 1240	n.n.	ca. 2600	n.n.	n.n.	n.n.
<b>Davon</b>													
<b>Abwertungen (auch DRG-spezifisch)</b>	17	46	22	10	3	6	602	1098	338	1694	1506	808	<b>1486</b>
<b>Aufwertungen</b>	19	54	32	0	3	2				122	13	12	<b>0</b>
<b>Streichungen</b>	28	32	4	7	10	36	5		0		0	0	<b>0</b>
<b>Neuaufnahmen</b>	15	19	272	0	11	42	2	58	19	12	42	7	<b>1</b>
<b>Summe</b>	<b>79</b>	<b>151</b>	<b>330</b>	<b>17</b>	<b>27</b>	<b>86</b>	<b>609</b>	<b>1156</b>	<b>357</b>	<b>1828</b>	<b>1561</b>	<b>827</b>	<b>1487</b>





# DKR-Anpassung für 2018 (DRG)

DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT

## Angepasste DKR

<b>Allgemeine DKR, Diagnosen:</b> D005, D012, D013	3
<b>Allgemeine DKR, Prozeduren:</b> P003, P015, P016	3
<b>Spezielle DKR:</b> 0603, 1105, 1601, 1910, 1911	5

## Gründe

**Redaktionelle Anpassung:** 11

*(inkl. Anpassungen an ICD oder OPS)*

D005, D012, D013, P003, P015, P016

0603, 1105, 1601, 1910, 1911

---

**Insgesamt 11 DKR**

+ Wenige konsentierete Antworten an Anfragende

- Angleichung der Regelungen zur **Mehrfachkodierung** in DKR P003 an den längst aktualisierten Wortlaut aus den „*Hinweisen zur Benutzung des OPS*“ des DIMDI

## Mehrfachkodierung

*In einigen Bereichen ist eine **Kodierung** von Operationen **und sonstigen Prozeduren mit mehreren Codes vorgesehen**. ~~In diesen Fällen wurden im OPS Hinweise formuliert, die auf eine gesonderte Kodierung der einzelnen durchgeführten Eingriffe hinweisen. Dies ist insbesondere für die **Abbildung komplexer Eingriffe** erforderlich. In diesen Fällen gibt es oft, aber nicht in jedem Fall, einen Hinweis beim Code des leitenden Eingriffs, der auf die gesonderte Kodierung von durchgeführten Teilmaßnahmen eines komplexen Eingriffes verweist. Sofern mehrere Codes zur vollständigen Dokumentation eines komplexen Eingriffes erforderlich sind, ist der inhaltlich leitende Eingriff an erster Stelle zu dokumentieren.~~*

<b>Urteil</b>	<p>BSG-Urteil vom 19.12.2017, AZ B 1 KR 18/17 R</p> <p>Generalisierter epileptischer Anfall mit V. a. Aspirationspneumonie, Sepsis, peripheres Kreislaufversagen, NIV Beatmung, O<sub>2</sub>-Insufflation in beatmungsfreien Intervallen (Vergütung, von 10.685,48 Euro wurden 6174,49 Euro abgezogen)</p>
<b>Relevante Aussagen</b>	<p>Feststellung LSG fehlt, ob Versicherter Entwöhnung erhielt. Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen.</p> <p>Beatmungsfreie Intervalle nur anrechenbar bei Entwöhnung. Entwöhnung ist Teil einer gezielten method. Entwöhnungsbeh. <i>Entwöhnung</i> setzt vorherige <i>Gewöhnung</i> voraus.</p> <p>Entwöhnungsbehandlung solange ausgeschlossen, als Sauerstoffinsufflation bzw. –inhalation erfolgt</p>

- Das Urteil ist fachlich inhaltlich nicht nachvollziehbar
- Es werden medizinische „Grundlagen“ für das Weaning definiert, die weder medizinischen Leitlinien noch den DKR zu entnehmen sind (Gewöhnung)
- Eine leitliniengerechte und unstrittige Routineleistung (O<sub>2</sub> Insufflation) während der Entwöhnungsbehandlung schließt laut BSG eine Entwöhnungsbehandlung aus
- Das Urteil verwehrt den Krankenhäusern eine sachgerechte Vergütung ihrer Leistungen
- Das Urteil stößt in der Fachwelt auf völliges Unverständnis, zahlreiche Stellungnahmen, Artikel etc.



# Was erwartet die KH noch?

DEUTSCHE

Ambulante  
DKR

## § 295 Abs. 4 SGB V wird wie folgt ergänzt (TSVG):

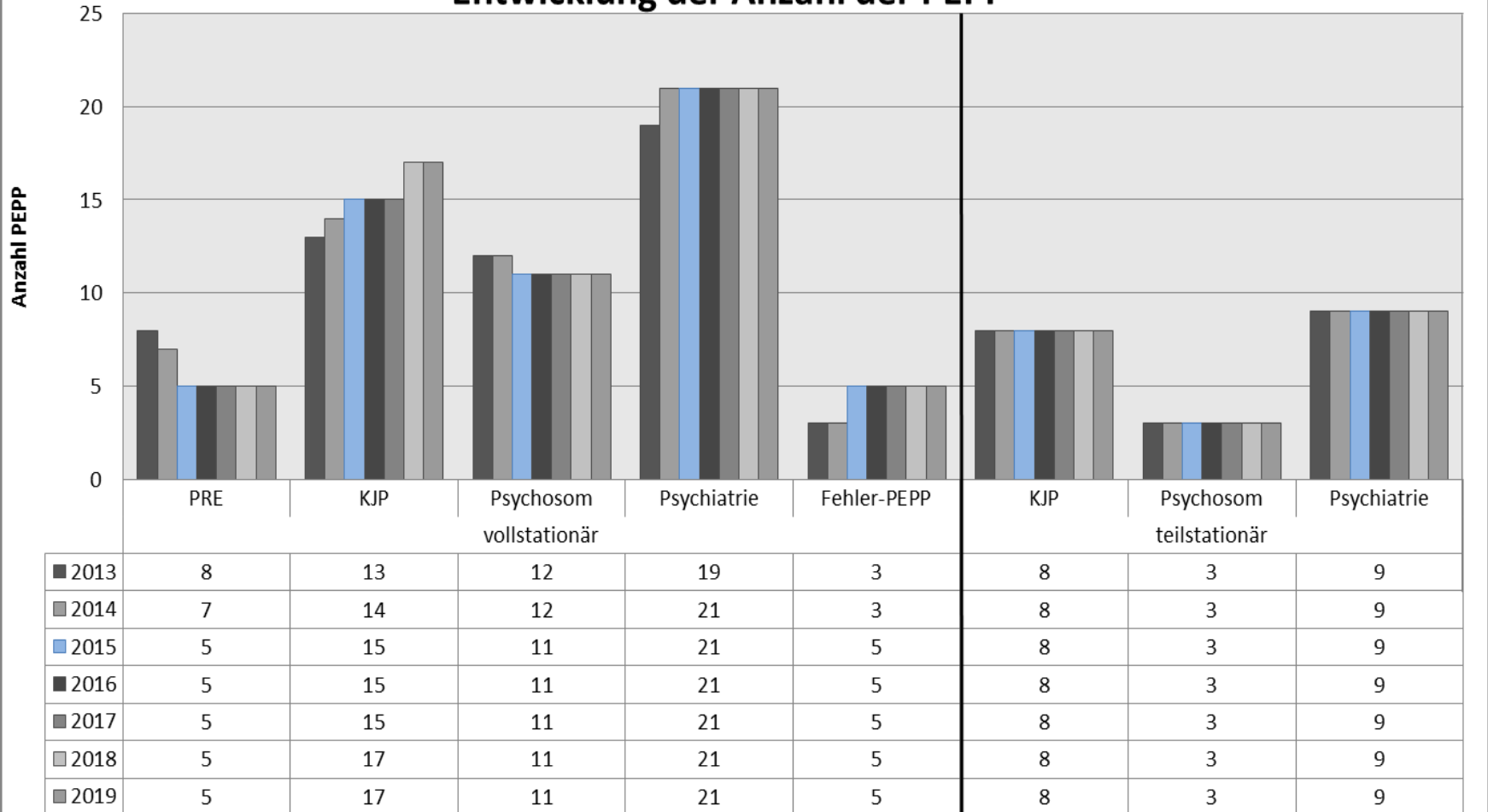
Dies umfasst im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen die **Vorgabe von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel** nach Absatz 1 Satz 5 sowie von Prüfmaßstäben erstmals bis zum 30. Juni 2020 **mit Wirkung zum 1. Januar 2022**. Die Regelungen sind danach jährlich zu aktualisieren. Die Regelungen nach Satz 3 gelten auch für Leistungserbringer nach Absatz 1b Satz 1, § 27b Absatz 3, § 76 Absatz 1a, § 120 Absatz 1a und § 137f sowie für die Leistungserbringung nach § 115b. Die Regelungen nach Satz 3 sind auch Gegenstand der durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung durchzuführenden Zertifizierung von Software, Softwareteilen und Komponenten, soweit diese außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zur Anwendung kommen sollen.“

Unverändert

Moderate klassifikatorische  
Umbauten

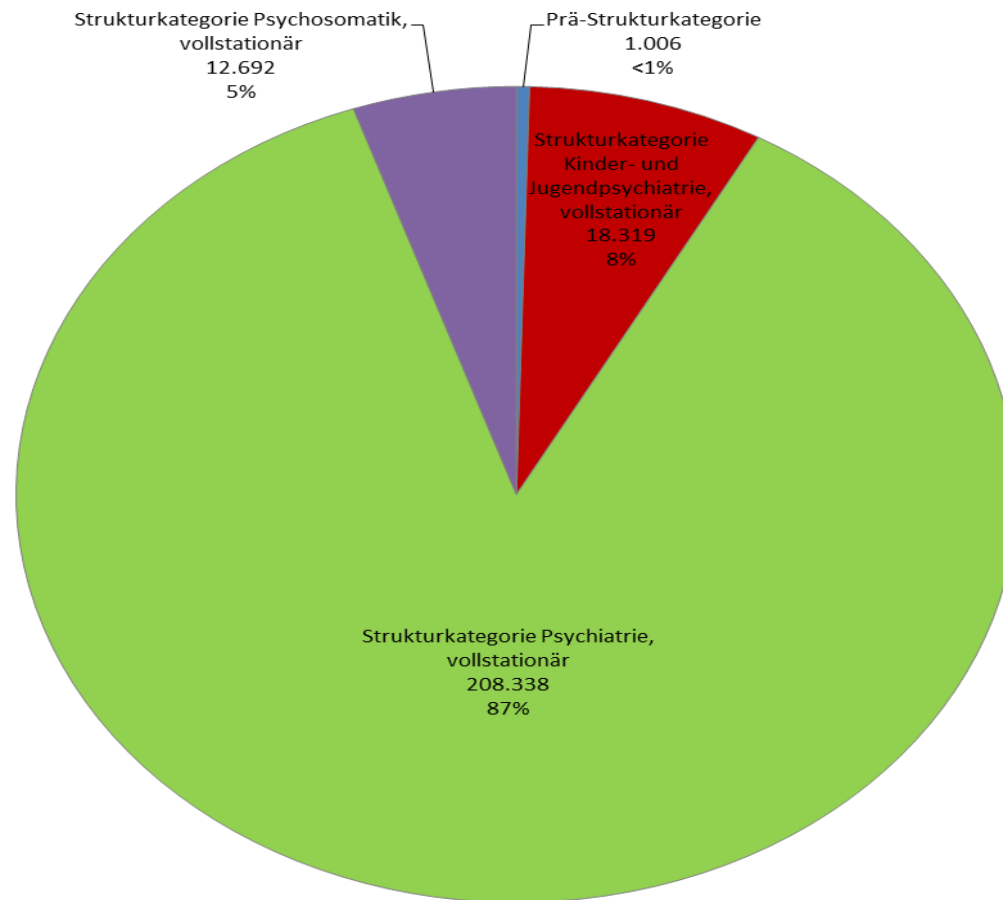


## Entwicklung der Anzahl der PEPP

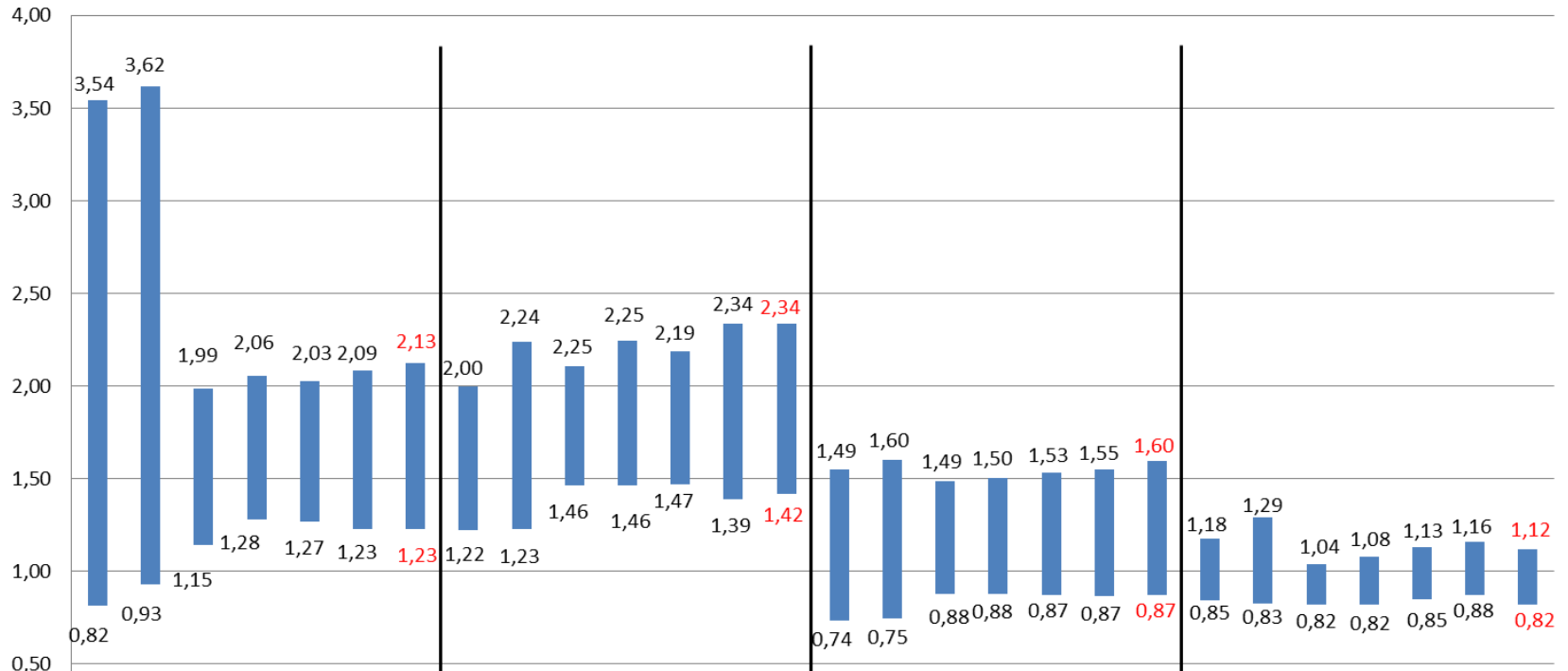


# Fallverteilung auf Strukturkategorien 2019

## Fallverteilung bewerteter PEPP (Kalkulationsdaten)



## Vergleich der Spannweiten 2013 - 2019



	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019							
	PRE							KJP							Psychiatrie							Psychosomatik						
Max BR/ Tag	3,54	3,62	1,99	2,06	2,03	2,09	2,13	2,00	2,24	2,11	2,25	2,19	2,34	2,34	1,55	1,60	1,49	1,50	1,53	1,55	1,60	1,18	1,29	1,04	1,08	1,13	1,16	1,12
Min BR/Tag	0,82	0,93	1,15	1,28	1,27	1,23	1,23	1,22	1,23	1,46	1,46	1,47	1,39	1,42	0,74	0,75	0,88	0,88	0,87	0,87	0,87	0,85	0,83	0,82	0,82	0,85	0,88	0,82

	PEPP 2016	PEPP 2018	PEPP 2019
Pflegestufe I Pflegegrad 2		PA02B, PA04B	PA02B, PA04B, PA03A
Pflegestufe II Pflegegrad 3	PA04A, PA15B	PA01A, PA02A, PA03A, PA04A, PA15B, PK01A, PK02A	PA01A, PA02A, PA03A, PA04A, PA14A, PA15B, PK01A, <b>PP03B</b> PK02A, <b>PP04A</b>
Pflegestufe III Pflegegrad 4 + 5		<b>PA15A</b> PA01A, PA02A, PA03A, PA04A, PA15B, PK01A, PK02A	PA15A PA01A, PA02A, PA03A, PA04A, PA14A, PA15B, PK01A, <b>PP03B</b> PK02A, <b>PP04A</b>

**Gestrichen: Kodes für TE-Spezialtherapeuten Gruppe, TE-Pflege Gruppe und Einzel (TE-Kodes 2016 eingeführt, vorher i. V. m. Komplexkodes)**

2016	Erwachsene	KJP	Summe
Fälle, ca.	796.672	63.550	<b>860.222</b>
Kodes, ca.	6.295.035	860.617	<b>7.155.652</b>

**Hochrechnung (3 Jahre )**

**21.466.956 Kodes**

**Umsonst kodiert und in Patientenakten umfassend dokumentiert**

Intensiver Abstimmungsprozess bis weit in den September/Oktober insbesondere zum OPS erfolgt

- Themen
  - Beatmungsentwöhnung
  - Schlaganfallversorgung (*30minütige Transportentfernung*)
  - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (*wöchentliche Teambesprechung*)
  - Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (*keine Beratung trotz zahlreicher Änderungsanträge*)
  - Palliativmedizinische Komplexbehandlung (z.B. Definition „*bedarfsgerecht*“)
  - Standort, Fachabteilungen, Ernährungstherapie, Korneales Crosslinking
  - Implantatassoziierte Infektionen, Sepsis, u.v.m.

## Problemauslöser

- Kodeüberfrachtung mit praxisfernen Detailanforderungen
- Wenig Übereinstimmung mit Prozedurenklassifikation
- Extrem interpretationsanfällige Formulierungen
- Stetig wechselnde Anforderungen an nur mittel-/langfristig zu ändernde Strukturvorgaben
- Abgrenzung einzelner FG-Interessen

- BSG-Rechtsprechung
- Immenser Aufwand durch steigende Abrechnungsprüfungen (Prüfquoten bei Komplexkodes bis > 20% der Fälle)
- U. a. detailfokussierte, kreative Prüfung kleinster „(Dokumentations-)versäumnisse“
- Rückwirkende Rechnungskürzungen z.B. auf der Grundlage neuer OPS-Interpretation/Auslegung durch das BSG (PpSG Änderung)
- Enorme Liquiditätsrisiken durch unmittelbare Verrechnung von Rückforderungen mit neuen Fällen seitens der GKV
- Nur Gerichtsverfahren kann Krankenhaus berechtigte Vergütungsansprüche sichern
- Zunehmende Planungsunsicherheit und Verunsicherung bei der Beliebigkeit ausgesetzter Vergütung und stetig wechselnden Anforderungen



Datum	Aktenzeichen	Betroffener Kode/Thema	Thema	Folgen
19.06.2018	B1 KR 38/17 R, B1 KR 39/17 R	Neurologische Komplexbehandlung der Schlaganfallvers.	„30-minütige Transportent- fernung“	Erlöseinbrüche mit Gefährdung der Schlaganfallversor- gung
19.12.2017	B1 KR 18/17 R	Nicht invasive Beatmung	Anrechnung beatmungsfreier Intervalle	Erlöseinbrüche durch Reduktion anzurechnender Beatmungstunden
19.12.2017	B1 KR 19/17 R	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	Wöchentliche Teambesprech- ung	Erlöseinbrüche durch Aberkennung der Komplex- leistung wg. Details
24.04.2018	B1 KR 10/17 R	Liposuktion bei Lipödem	Leistung entspricht nicht dem Qualitätsgebot	Anwendung des § 137c SGB V wird eingeschränkt, NUB- Vereinbarungen in Frage gestellt

**„Begründung  
nachstationäre  
Versorgung“**

**Einführung neuer Prüfmethode  
„Sachlich rechnerische  
Richtigkeit“**

**„Keine geriatrische  
frührehabilitative  
Komplexbehandlung  
vor dem 60 LJ“**

**„Fiktives  
wirtschaftliches  
Alternativverhalten“**

**Behindern die  
Konsensfindung in vielen  
Bereichen**

- Aufsuchen der Toilette während neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, weil Monitoring laut OPS nur zur Durchführung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unterbrochen werden darf.

Gericht: Zustimmung zum Toilettengang in 2. Instanz

- Streit über OPS-gerechte Erbringung von Therapieeinheiten in der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung. Sind bei geforderten 20 TE, mit maximal 10% Gruppe auch 48 TE mit 30% Gruppe (34 Einzel) noch anrechenbar.

Gericht: Keine Anerkennung, Folglich: Mehrleistung führt zur Mindervergütung

*Zu Artikel 7 Nummer 17 Buchstabe a0 – neu – (§ 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), (gilt auch für § 295) (PpSG)*

## **Rückwirkende Klarstellungen des DIMDI zu den medizinischen Klassifikationen**

In Artikel 7 Nummer 17 wird folgender Buchstabe a0 vorangestellt:

„a0) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information kann bei Auslegungsfragen zu den Diagnoseschlüsseln nach Satz 1 und den Prozedureschlüsseln nach Satz 2 Klarstellungen **und Änderungen** mit Wirkung auch für die Vergangenheit vornehmen, **soweit diese nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen.**“

*Zu Artikel 7 Nummer 8a – neu – (§ 109 SGB V wird folgender Absatz 5 angefügt) (PpSG):*

## **Verjährungsfrist für die Ansprüche von Krankenhäusern und Krankenkassen**

„(5) Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen und Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen verjähren in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie entstanden sind. Dies gilt auch für Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden sind. Satz 1 gilt nicht für Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen, die vor dem 01. Januar 2019 entstanden sind. Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechend.“

---

*Zu Artikel 7 Nummer 20 – neu – (§ 325 SGB V) (PpSG):*

## **Übergangsregelung zur Verjährungsfrist für die Ansprüche von Krankenhäusern und Krankenkassen**

„ § 325

Übergangsregelung zur Neuregelung der Verjährungsfrist für die Ansprüche von Krankenhäusern und Krankenkassen

Die Geltendmachung von Ansprüchen der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen ist ausgeschlossen, soweit diese vor dem 1. Januar 2017 entstanden sind, und bis zum (Tag der 2./3. Lesung des PpSG) nicht gerichtlich geltend gemacht wurden.“

*Zu Artikel 9 Nummer 6 – neu – (§ 8 Abs. 5 KHEntgG) (PpSG):*

## **Abrechnungsbestimmungen zur Fallzusammenführung als abschließende Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots**

„ § 8 Abs. 5, neuer Satz

In anderen als den vertraglich oder gesetzlich bestimmten Fällen ist eine Fallzusammenführung insbesondere aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht zulässig.“

- Schlaganfallversorgung
- Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
- Beatmungsentwöhnung
- Therapieeinheiten
- U. V. m.





- 
- Ungebremst wachsende Überregulierung
  - Qualität, Nutzen und Zweck vieler Vorgaben fragwürdig
  - Zunehmende Misstrauensbürokratie
  - Fachkräftemangel, hohe Arbeitsbelastung des Personals
  - Fehlendes Verstehen und Verständnis für die Vorgaben, Frustration, Demotivation
  - Mangelnde Zeit für Patienten und zunehmend negative Einflüsse auf die Patientenversorgung
  - Planungsunsicherheit
  - Wachsendes Misstrauen seitens GKV, Politik, Öffentlichkeit
  - Leistung und Leistungsbeschreibung, Kalkulation und Erlöse nicht mehr übereinstimmend
  - Pole Position der Krankenkassen

- Weiterentwicklung des OPS im Sinne einer echten Prozedurenklassifikation, Anerkennung versorgungspraktischer Realitäten
- Zeitliche Harmonisierung von OPS- und ICD-Anpassung und Abnahme der Vergütungssysteme durch Selbstverwaltung
- Angemessene Übergangsfristen bei besonders kostenrelevanten OPS-Anpassungen (Personalanpassung, bauliche Maßnahmen, Investitionen)
- Unterjährige verbindliche Klarstellungen seitens des DIMDI zu den Klassifikationen ✓
- Rückwirkende Rechnungskürzungen rechtswirksam verhindern ✓
- Keine Verrechnung alter mit neuen Rechnungen



# Forderungen der DKG

DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT

- Faires Miteinander mit gegenseitigem Respekt und Wertschätzung
- Gute Patientenversorgung als gemeinsames primäres Ziel statt Überregulierung und Misstrauensbürokratie
- Beliebigkeit und Willkür im Abrechnungsverfahren beenden
- Längerfristige Planungssicherheit herstellen
- Komplexitätsreduktion im Regelungsbereich Krankenhaus
- Begegnung auf Augenhöhe



**Hilfe für die Helfer**

**Notruf aus allen  
Krankenhäusern  
an die Politik**

**Finanzreserven GKV  
überschreiten  
20 Milliarden Grenze**

**Herzlichen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit**